



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

deklaruję chęć udziału w projekcie jako

- Pacjent DDOM
- Opiekun/rodzina pacjenta DDOM

*w ramach projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej "ZACISZE"
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie,
Działania 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne,
Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie
Nr projektu RPMP.09.02.01-12-0013/18*



**Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.**

Dane uczestniczki/uczestnika:		
1	Kraj	
2	Imię	
3	Nazwisko	
4	PESEL	
5	Brak PESELU	<input type="checkbox"/> Tak
6	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
8	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> gimnazjalne, <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe, <input type="checkbox"/> podstawowe, <input type="checkbox"/> policealne, <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne, <input type="checkbox"/> wyższe
Dane kontaktowe:		
1.	Województwo	
2.	Powiat	
3.	Gmina	
4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	Nr budynku	
7.	Nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	



9.	Telefon kontaktowy	
10.	Adres e-mail	
Dane dodatkowe:		
1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (Mikro, Małe Średnie Przedsiębiorstwo) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie



4.	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nie<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji<input type="checkbox"/> Tak <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tak<input type="checkbox"/> Nie <p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nie<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji<input type="checkbox"/> Tak <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nie<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji<input type="checkbox"/> Tak
----	---	--



Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. **Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych.** Jednocześnie zobowiązuję się poinformować ZAKŁAD PIELEGNACYJNO - OPIEKUNCZY "ZACISZE" PIELEGNIARKI I POŁOŻNE EWA STANEK, BOŻENA MITKA SPÓŁKA PARTNERSKA w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczoney o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej "ZACISZE" **jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z **Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie i akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.** Jednocześnie zobowiązuje się do:
 - Przestrzegania zasad uczestnictwa w przestrzegania zasad uczestnictwa w projekcie wskazanych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
 - Uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie
 - Usprawiedliwienia ewentualnych nieobecności
5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do realizacji w/w projektu (podstawa prawna art. 4 pkt.11, art.5 ust.1li.b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja 2016 r., s. 1) .
6. Oświadczam, iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie.
7. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU